

## Zápis jednání PS SZV

Pozn: poznámky ČSUM zeleně vloženy do textu

Na úvod představil dr. Kocián navrhované zdravotní výkony 09136, 09138, 09140 a 01950.

Zástupce SAS vítá tuto aktivitu a dotazuje se na další postup v případě přijetí těchto výkonů, jak bude postupováno se současnými UZ výkony jednotlivých klinických odborností (např. oftalmologie či kardiologie apod.)? Dr. Kocián vysvětluje, že současný návrh se netýká klinických odborností, které již mají své specifické UZ výkony nasmlouvány, ale odborností, které zatím tyto své vlastní výkony nemají, UZ vykonávají a přitom nejsou při provedení těchto vyšetření adekvátně ohodnoceni v případě, že provádí erudovanou pokročilou klinickou sonografickou svého oboru. Doc. Hrazdira dodal, že ČSUM jedná v souladu s názorem těchto společností a názoru ČLK.

Slova se ujal prof. Ferda, předseda České Radiologické Společnosti (ČRS). Domnívá se, že „navrhované výkony nejsou nutné, protože vycházejí z již existujících výkonů. Argumentace, že je uveden nositel výkonu L2 je zcela lichá, protože lékař L2 je i v základních výkonech příslušící odbornosti 809 a tam jsou pro vyšetření stejných aplikací lékaři L2. Současné kódy jsou přístupné pro všechny, ČRS nesouhlasí s novými výkony, vidí snahu jednoznačnou a to pouze zvýšit cenu za jeden výkon. Povede to k tzv. self-referringu – lékař si sám sobě zpátky referuje svoje vyšetřování. Jedná se o multiplikaci vyšetření a zbytečné zvýšení ceny těchto výkonů. Těmito výkony se naruší systém výkonů, které jsou v dnešní době nastaveny a které jsou z pohledu ČRS nastaveny dobře. Co se týče intervenčního výkonu pod UZ, ten je okopírován z výkonu, který se jmenuje „výkon vedený radiologickou metodou,“. Je určen pro intervenční radiology a biopsie prováděné pod zobrazovací metodou. Dovedu si představit zneužití tohoto výkonu u jakékoliv punkce, při které se použije UZ navigace, např. běžného napíchnutí CŽK. U všech nemocničních výkonů jsou tyto UZ výkony součástí hospitalizačního dne. Nedovedu si představit, proč by se tyto výkony měly provádět u nehospitalizovaných nemocných a měly by být hodnoceny zvláštním kódem. Nedovedu si představit, že by někdo dělal drenáž ambulantně. Vidím zde jasnou možnost pro vykazování výkonů. ČRS se nebrání existenci UZ výkonů pro jiné odbornosti než radiologii, ale ten vývoj je jiný, je to součást základního vyšetření toto základní vyšetření a domnívám se, že je spíše otázkou jednat o tom, že když je agregován výkon k hospitalizační péči a není proplácen, proč není navrhovaný výkon agregován k nějaké ambulantní péči klinické odborné péče,„.

1. ČSUM předložila v rámci návrhů více studií ukazujících cost-benefit klinické sonografie pro celý zdravotní systém a to i se započtením zvýšených nákladů na platové ohodnocení jejich nositelů. Proti stálo slovo předsedy ČRS o self-referringu a multiplikaci vyšetření, ovšem bez doložení faktů.
2. Návrh výkonu 09150 popisuje punkce a biopsie, nejenom drenáže. Zavedení CŽK se navrhovaný výkon vůbec netýká (jedná se o návrhy ambulantních výkonů). V návrhu RL je citováno mnoho prací prokazující benefit UZ navigovaných intervencí v mnoha oblastech ambulantní medicíny. V prvotním návrhu byl k dispozici i podrobnější rozbor citovaných prací, který samozřejmě do samotného RL vložit nelze. Pan profesor argumentoval irelevantně.
3. Dle pana profesora vychází návrh výkonu 09150 z výkonu 89313 „Perkutánní punkce nebo biopsie řízená RDG metodou (rtg-skia, UZ, CT) – zde je však nositelem výkonu také L3. U 89131 se však **nejedná o zobrazovací výkon**, ale vlastní intervenční výkon, který doplňuje zobrazovací metodu. Výkon **není agregován** do OD, lze tedy vykázat i za hospitalizace pacienta a je proplácen. V textu popisu výkonu pak zní „Invazivní diagnostický výkon řízený skiaskopií, ultrasonografií, výpočetní tomografií, **příslušné výkony přičti**,„. Výkon je tedy kombinován s výkony pro vlastní zobrazovací vyšetření = existuje zde tedy kombinace dvou výkonů (intervence + zobrazovací výkon). Náš návrh

navrhuje to stejné = kombinaci intervence (zavedené výkony) + zobrazovací výkon 09150. Kde je viděn konkrétní důvod vyjadřovat se proti návrhu, požadovat agregaci v našem případě, trvat si na provedení lékařem na naší straně L2? Pouhé tvrzení, že výkon vytváří prostor pro zvyšování zisku je ve světle doloženého cost-benefitu spíše vlastním gólem než argumentem.

4. Následující UZ výkony příslušící odbornosti 809 nejsou agregovány do OD u hospitalizovaných vyšetřeních: 15370, 89314, 89313, 15250, 29310, 29330, 89525, 29350, 32410, 75147, 75149. **Není tedy pravdou tvrzení pana profesora, že zmíněné intervenční výkony odbornosti 809 (15370, 89314 a 89313) mají agregaci do OD během hospitalizace.** Naopak stávající výkony 0913x jsou agregovány do OD a nelze je vykazovat během hospitalizace, berou tedy diskriminačně některým odbornostem možnost provádět svá klinická sonografická vyšetření v rámci hospitalizace, zatímco jiné obory toto mohou (nemají agregaci do OD - např. echokardiografie, UZ plic a pleury, gynekologické UZ výkony, většina výkonů cévní sonografie, intraoperační sono).

Doc. Hrazdira reaguje, že „je jednoznačně patrné, že se pan prof. neměl možnost seznámit se všemi materiály, dále že je jednoznačně patrné, že bohužel kdybychom spolu jako společnosti komunikovali dříve, nemohlo by k tomuto stanovisku ČRS dojít, protože skutečně existují výkony, které se dělají ambulantně na specializovaných ambulancích a radiolog některé z těchto výkonů pod UZ udělat neumí. Ostatní odbornosti jsou diskriminovány vůči jiným odbornostem, což je proti ústavnímu pořádku a dobrým mravům. Je rozdíl, pokud udělá vyšetření radiolog bez vazby a klinický specialista s vazbou na kliniku, který potřebuje další hodnocení, které radiolog neumí a nemá na toto patřičné multioborové vzdělání,„. Přípomínka pana profesora je proto dle doc. Hrazdiry irelevantní.

Prof.Ferda – „punkční výkon je jiná záležitost a neměl by míchán do jednoho košíku společně s diagnostickými kódy, tyto diagnostické kódy jsou správné a není správné, aby se navyšovala cena výkonu pouze tím, aby se tam přidala odbornost lékaře L3. Odbornost lékaře L3 znamená, že je tam přidaná cena a **veškeré UZ kódy, které jsou i pod odborností radiologickou tam mají odbornost L2.** Tady to je skutečně pouze záminka, aby se zdražila cena výkonu současných zdravotních výkonů,„

Odbornost 809 (RDG) disponuje také sadou dvou paralelních kódů, vždy pro L2 a L3. Výkony se mírně liší názvy, ale podstata vyšetření je podobná – punkce břišního orgánu, UZ nadbřišku, vyšetření cév extra i intrakraniálně.

#### **Punkční výkony:**

15370 (PUNKCE TENKOU JEHLOU JAKÉHOKOLIV BŘIŠNÍHO ORGÁNU DIAGNOSTICKÁ ČI LÉČEBNÁ - PŘIČTI K PŘÍSLUŠNÉMU ČÍSLU VÝKONU SONOGRAFIE NEBO CT) versus 89313 (PUNKCE TENKOU JEHLOU JAKÉHOKOLIV BŘIŠNÍHO ORGÁNU DIAGNOSTICKÁ ČI LÉČEBNÁ - PŘIČTI K PŘÍSLUŠNÉMU ČÍSLU VÝKONU SONOGRAFIE NEBO CT) = výkon ve verzi L2 versus L3

#### **UZ výkony:**

Břicho

89513 (UZ VYŠETŘENÍ HORNÍ POLOVINY BŘIČHA) vs. 15250 (SONO EPIGASTRIA S UŽITÍM BAREVNÉHO MAPOVÁNÍ A DVOUROZMĚRNÝM DOPPLEROVSKÝM VYŠETŘENÍM CÉV ABDOMINÁLNÍ OBLASTI) = L2 versus L3 při vyšetření nadbřišku, liší se Dopplerem – znamená to tedy, že lékaři L2 dělají UZ nadbřišku bez Dopplera? Je to lege artis postup v případě vyšetření např. portální či jaterních žil?

## Cévní vyšetření

Pro vyšetření cév DKK 09135/09137 versus 89515 (UZ DUPLEXNÍ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNÉ CÉVY, T. J. MORFOLOGICKÉ A DOPPLEROVSKÉ), 89517 (UZ DUPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DVOU A VÍCE CÉV, T. J. MORFOLOGICKÉ A DOPPLEROVSKÉ) a 29310 (DUPLEXNÍ SONOGRAFIE EXTRAKRANIÁLNÍCH TEPEN)= L2 vs L3. Lékař L2 tedy na službě neprovádí sonografii žil při suspekci na DVT, provádí ale nevykazuje nebo provede a vykáže jako výkon L2 09135 (15 min, 165bb)?

## TCD

89525 (DOPPLEROVSKÁ ULTRASONOGRAFIE TRANSKRANIÁLNÍ) versus 29330 (TRANSKRANIÁLNÍ BAREVNÁ DUPLEXNÍ SONOGRAFIE - TCCS) a 29350 (TRANSKRANIÁLNÍ MONITORING HEMODYNAMIKY (TCD MONITORING)) = L2 vs L3

Návrh ČSUM nebyla jen změna L2 na L3, ale podstatnou součástí byla definice kvalifikace nositele výkonu jako specialisty v příslušné metodě klinické sonografie. Ze stejného důvodu by tedy mohla ČSUM říct, že je pro zrušení duplicity dostupných UZ výkonů pro radiology, když stejná vyšetření mohou provést nositelé o nižší kvalifikaci (L2). Dle znění VP totiž lékař oboru RDG L2 je plně kvalifikován k všeobecné sonografii, následný specializační výcvik již dále tyto znalosti písemně nerozvíjí. Pokud je tedy lékař L2 odbornosti 809 plně kvalifikován v sonografii, je nutno dle slov prof. Ferdy přehodnotit všechny sonografické výkony odbornosti 809 na L2, které jsou nyní L3.

Také jsme doložili, že kromě urologického, gynekologického a radiologického základního kmene nemá žádná další odbornost ve své kmenové výuce dány kompetence ke klinické sonografii. Lékař L2 tedy vyjma těchto oborů není kompetentní tyto metody provádět samostatně, ale pouze pod odborným dohledem či jako lékař L3. Kde je přidaná hodnota lékaře L3 odbornosti 809 oproti L2? Ano, tam kde je přidaná hodnota lékaře specialisty na klinickou sonografii oproti lékaři L2 dané odbornosti.

Doc. Hrazdira – táže se prof. Ferdy, jak bude postupovat když radiolog, který vyšetří pacienta a vykáže základní kód, jak je možno dále postupovat, aby se pak někdo vyjádřil ke klinické konsekvenci těchto výkonů? Prof. Ferda přerušuje slovy, že tady se nebudeme o radiologických výkonech, ale o výkonech mezioborových 09... Nebavíme se o UZ výkonech pod odborností 809. Doc. Hrazdira se ptá, jak je to tedy, když výkon udělá někdo, kdo nemá vyšší specializaci v sonografii,.... a doc. Hrazdira je moderátorem diskuze vypnut, prof. Ferda v tichu opakuje svůj nesouhlas s návrhy.

Dr. Pokorný moderuje diskuzi, je mu líto, že si ČSUM a ČRS nevyříkaly problém před jednáním a chce posunout debatu dále. Upozorňuje, že neexistuje právo veta. Poukazuje na schůdnost situace, kdy by vedle sebe existovaly dva podobné výkony lišící se nositelem (L2 a L3).

Zástupce SAS se domnívá, že pokud se tyto výkony provádějí ambulantně, tak je irelevantní, aby byly L2, protože ambulantní specialista musí mít schopnost dělat výkony samostatně a měla by tam být L3 tak jako v mnoha jiných oborech, kde se opravovala L2 na L3. Mělo by tam tedy být L3.

Prof. Ferda uvažuje, proč je v aktuálních výkonech L2 - „Výkon pochází z 90.let. Pokud se nějaký „jednoduchý výkon,, dostane do odbornosti L3, tak se pochopitelně zproblematiční provozování některých výkonů, které provádí odbornosti jiné, než je radiologie, např. v urologii na urologickém oddělení v noční službě, kdy ten výkon nebude moci provádět ten člověk, který je tam po kmeni a pracuje pod odborným dohledem. Uvědomme si to, kde se tyto výkony vykazují. Problém nastane zásadně u všech odborností, kde takovýto výkon může nastat a nemůže ho lékař bez odborného dohledu vykonat (a to z **v UZ diagnostice znamená, že výkon po lékaři L2 udělá sám ještě lékař L3 a zkontroluje**), tak si uvědomme, co to znamená... Problém s tím budou mít všichni urologové, neurologové, všichni ti, které tady kolega zmiňoval.,,

Zde se odvolává pan profesor na potenciální problémy společností. My ale nenavrhujeme změny stávajících výkonů, ty mohou uvedené společnosti dále používat. Pan profesor se obává problémy u odborností, které ale naopak se současnou situací spokojeny nejsou, které jsou naopak spolupředkladateli našich návrhů a naopak vyžadují nápravu současného stavu. Problémy jim dělá současná neutěšená situace a pan profesor se případných problémů na jejich straně nemusí obávat. Bohužel se neseznámil s celým zněním našich návrhů a seznamem společností, které byly na jednání námi zastoupeny. Tato argumentace je tedy „ve prospěch“, dotčených společností, ve skutečnosti jde ale naopak proti jejich požadavkům.

Dále uvádí důležité stanovisko – pokud je výkon v kategorii L3 a dělá jej lékař ve výcviku L2, pak je tomuto výkonu lékař L3 buď přímo přítomen nebo jej poté sám zopakuje pro kontrolu. Je pak samozřejmě legitimní vykazovat takovéto výkony jako L3. Všechny výkony klinické sonografie kromě gynekologie a urologie totiž spadají do této kategorie – vyplývá ze znění kmenových vzdělávacích programů.

Zástupkyně VZP – VZP trvá na svém stanovisku nemožnosti existence dvou výkonů a plně se ztotožňuje se slovy prof.Ferdy.

Zástupkyně VZP tedy souhlasí, že pokud výkon může plně kvalifikovaně provádět lékař L2, lze jej postavit na L2, jinak musí být postaven na L3.

Dr.Kocián se ptá prof. Ferdy - „*Jak si představuje službu na gynekologickém a kardiologickém oddělení, které dělají běžně echo během služeb lékaři L2 a přitom pro tato vyšetření výkony L2 neexistují a takto provedené výkony jsou vykazovány jako L3? Je to úplně stejná situace, buď ten lékař má odbornost pro toto vyšetření (třeba už v rámci L2 např. u urologa a radiologa) a většinu vyšetření provede a podepíše bez toho, aniž by za ním ve službě dohled L3 stál, v případě radiologa pak nepoužije výkon UZ horní/dolní poloviny břicha (L2), ale použije výkon sono epigastria s Dopplerem (který je stavěn na L3). Ve spoustě odborností jsou výkony postaveny pouze na L3 a L2 výkony zanikají (např. u gynekologů se nyní měnily z L2 na L3), a současně říkáte, že tyto odbornosti budou mít problém. Myslím si naopak, že takovéto odbornosti mají naopak problém nyní, protože zřejmě podvádí, protože pokud kardiolog L2 nebo gynekolog L2 provede vyšetření v rámci služby, tak ho nemůže vykázat jako L2 a vsadím se s panem profesorem, že tato vyšetření L3 provedena sice lékaři L2 vykazována jsou. Pokud i lékař L2 vyšetří pacienta a je dle své kmenové výuky oprávněn provádět vyšetření samostatně, má tedy garantovanou odbornost pro vyšetření, je oprávněn vykazovat výkon pro L2, pokud to ale nemá a má za sebou dozor L3, je jeho zdravotnické zařízení oprávněno vykazovat výkony L3.,,*

Zástupkyně SZP – obecně je vždy jakýkoliv výkon konstruován na nejnižšího možného nositele, který je odborně způsobilý tento výkon provést. Souhlasí tedy s prof. Ferdou, u kterého zaznělo, že lékaři L2 jsou schopni navrhované výkony provádět.

Další zástupkyně pojišťovny souhlasí s přístupem nacenění na nejnižšího možného nositele výkonu. Bere tento mezioborový výkon pro diferenciální diagnostiku s tím, že pokud zde vyšetřující nalezne něco, s čím si neví rady, má to poslat k vyššímu odborníkovi. Nejde nastavit všechny výkony dány na nejvyšší nositele výkonu. Existuje základní postulát při tvorbě zdravotních výkonů, který říká, že se má stavět vždy na nejnižšího nositele výkonu, který je schopen daný výkon provést.

Další dvě zástupkyně souhlasí s tvrzením, že mimo obory radiologie, gynekologie a urologie nejsou lékaři L2 možnými nositeli sonografických výkonů a pokud je dělají, musí být přítomen dohled lékaře L3. Nejvyšší kvalifikace pro provedení těchto výkonů je pak L3.

Prof.Ferda – „Pořád se mluví o kardiologii, ale ta není podkladem navrhovaných výkonů. Jejich podkladem je vyšetření jater, ledvin, močového měchýře, měkkých tkání, štítné žlázy a podobných dalších orgánů. Nejedná se o specializovaná vyšetření, která by směřovala ke gynekologii anebo kardiologii. Upozorňuji na to, že se máme bavit o výkonech, které byly předkládány – „**výkony bazální, které mají být určeny k vyšetření bazálních orgánů**„. Kvituji podporu zástupců pojišťoven a souhlasím s názorem, že nositelství výkonu má být vázáno na nositele s nejnižší kvalifikací, který je schopen dané vyšetření provést,,

Pan profesor nepochopil, jaké výkony jsou zde předkládány. Nejsou zde aktualizovány současné výkony, ale navrhované nové. Nejde o výkony bazální na bazální orgány. Jedná se o specializovaná vyšetření specialisty. Souhlasem s názory pojišťoven si nyní protiřečí ve svém trvalém postoji odmítnout navrhované výkony. Vše evidentně pramení z toho, že si neměl možnost podrobně neprostudovat všechny materiály a argumentace, nereagoval na výzvy ČSUM o setkání a diskuzi, nebyl přítomen na pracovním jednání a tudíž se jeho účast v diskuzi točí neustále okolo tématu, který ale vůbec není předmětem návrhů.

Zástupce SAS – „Domníváte se, že L2 je schopen dělat bez rizika navrhované punkční výkony?„, Dr.Kocián – „Punkční výkon je nastaven na stejného nositele, jako navrhované diagnostické výkony, tedy lékaře s uceleným vzděláním ve svém oboru klinické sonografie. Upozorňuji, že navrhované výkony nejsou „bazální,, ani „screeningová,, vyšetření (zástupkyně pojišťovny upravuje pojem na „diferenciálně diagnostické,,), pro toto jsou zde již existující výkony, ale existují zde lékaři, kteří se specializují, nejde o lékaře L2 se schopností rozlišovat normu a hrubou patologii a tuto pak posílat ev. dále na specializované vyšetření. Klinická sonografie se oborově specializuje a každý obor má své aplikace, které lékař zvládne až po určité době výcviku ( např. muskuloskeletální či revmatologická sonografie, sonografie periferních nervů a pod) a tato vyšetření jsou na stejné úrovni, jako když dělá cévní vyšetření angiolog nebo echokardiologické vyšetření kardiolog, jsou to tedy pokročilá vyšetření, které nelze srovnávat s těmi „základními screeningovými,, vyšetřeními, kdy vyšetřující detekuje patologii a posílá pac. k dalšímu vyšetření. Navrhované výkony se těchto vyšetření netýkají, ale týkají se těch kdy je provádí klinický specialista se specializací i ve svém oboru klinické sonografie. Není to žádné vyšetření nižší řady apod. ,,

Dotaz, zda je přítomen zástupce ČL?. Dotaz dr. Pokorného, zda se předpokládá existence licence ČLK pro tyto výkony tak, aby mohly pojišťovny rozhodnout, jakým dokladem se má lékař prokázat, zda má příslušnou erudici k těmto výkonům. Zástupce nereaguje, odpovídá dr. Kocián – „ČSUM je v diskuzi mnoha odbornými společnostmi, popis nositelů v návrzích vzešel z této diskuze, existují společnosti, které si chtějí ponechat výuku pod svými společnostmi, jiné společnostmi souhlasí s návrhy ČSUM a ztotožňují se s nimi. Tyto vzdělávací programy nejsou tč. certifikovány na MZ či uznány ČLK jako funkční licence, ale jsou jistou garancí ČSUM, která vychází z evropských zvyklostí a požadavků. Předpokládá se tedy existence certifikátu, který lékaře bude opravňovat k vykazování těchto výkonů, pokud lékař splní podmínky certifikace a recertifikace.,,

SAS- z diskuze vyplývá, že jde o koncepční záležitost a je třeba záležitost vyřešit nejprve koncepčně. Stav, který je to pod Radiologickou společností není šťastný. Otázkou je, zda jsou návrhy zralé k hlasování. Navrhovaný směr je ale nepochybně správný.

Prof.Ferda – „Opakuji, že se nebudeme bavit o kódech, které jsou radiologické. Máme své kódy a ty jsou jiné. Nyní se bavíme o kódech, které si každý lékař každé specializace může dnes nasmlouvat, není to radiologický kód. Je to kód, který je obecný. UZ dg proniká do všech oblastí medicíny je pravda a je to nový fonendoskop. Je to budoucnost medicíny, kdy každý lékař bude moci UZ diagnostiku provádět a uvedená koncepčnost je v tom, že pokud UZ dg. vykazujeme, ale nedostaneme zaplacení u



*hospitalizovaného nemocného, tak je do budoucna správně, když bude takovýto výkon agregován k základnímu klinickému vyšetření (neurologickému, urologickému, ...). Jedná se o diferenciálně diagnostickou metodu, která dále v např. UZ gynekologické diagnostice nastupuje v další úrovni. Tady se nebavíme o radiologii, ale o všeobecných aplikacích UZ.,,*

Zde opět pan profesor dokazuje, že není obeznámen se zněním návrhů a vyjadřuje se k „obecným diferenciálně diagnostickým,, UZ kódům. Navíc jak dříve uvádíme, není pravda, že by byly všechny radiologické UZ výkony agregovány do OD během hospitalizace, opak je pravdou, většinu lze vykázat i během hospitalizace.

VZP plně souhlasí s prof. Ferdou. Diagnostické výkony by se měly stát základním vybavením příslušné odbornosti a měly by být hrazeny v režii a až specializovaná vyšetření by měla mít své vlastní zdravotní kódy. Nesouhlas s paralelním ukotvením dvou výkonů.

VZP mluví taktéž o základních diagnostických výkonech a nechápe, že právě zmiňovaná specializovaná vyšetření jsou předmětem našeho návrhu.

Doc. Hrazdira s dotazem na pojišťovny – *„Bylo řečeno, že jde o dif.dg. výkon a když je nalezeno něco patologického, odesílá se pac. k odborníkovi. Jakým způsobem tento odborník upřesňující tento základní výkon má diferencovat ve vykazování výkonu tento svůj pohled od pohledu prvního vyšetřujícího? Má ho vykázat znovu? To je prodělečné. My doporučujeme při absenci kódů pro specializované klinické UZ vyšetření vybírat od pacientů doplatek za tento rozdíl mezi cenou screeningového a specializovaného vyšetření, protože současné základní kódy nejsou schopny uhradit náklady na provoz sonografického stroje, režii, vzdělávání apod., s tímto se v základním kódu nepočítá.*  
”

Pozn. pan prof. Ferda přiznal, že neotevřel všechny výkony, že četl jen návrh toho prvního a předpokládá, že znění ostatních jsou stejné.

Závěrem lze konstatovat, že přístup zástupce ČRS destrukoval diskuzi, která byla z jeho strany směřována k současným zdravotním výkonům „obecné,, sonografie, ČSUM ale předkládala návrhy zcela jiné. Toho si však bohužel zástupce ne všiml a jakákoliv diskuze nemohla mít jiný výsledek, než zamítavý postoj ze strany ČRS. To se hodilo zástupcům ZP, které nezvládly věcnou diskuzi nad již prodiskutovanými a vyjasněnými tématy (členové PS akceptovali na jednání PS 17.2. argumentaci o nositelství L3, nesouhlasili pouze s paralelní existencí dvou kódů L2 a L3 a sami navrhli cestu úpravy současných multioborových zdravotních UZ výkonů v tomto smyslu místo vytváření nových). Celá účast zástupce ČRS byla tedy destruktivní ke snahám několika odborných společností. Tato destrukce nebyla podložena fakty, ale pouze neznalostí tématu diskuze a to i díky tiché ignoraci naší dřívější nabídky k této diskuzi. Na některé nepravdivé údaje pana profesora Ferdy (např. údaje o agregaci radiologických výkonů) lze reagovat až nyní po jejich ověření, bohužel je to pro vlastní jednání pozdě. Myslíme si však, že by měl být na základě uvedených faktů přehodnocen význam vystoupení pana profesora za minimálně irelevantní a měla by být vyžadována omluva ČRS všem zainteresovaným odborným společnostem, pro které může být průběh jednání ponižující až urážející. Uvedený postup je dehonestující vzhledem k práci, kterou ČSUM a ostatní společnosti tématu věnují.

## Závěry

- Zástupci plátců zdravotní péče trvají na svém zamítavém postoji v souhlasu se zamítavým postojem ČRS, který je ale podložen irelevantními a nepravdivými tvrzeními. Říkají jasně, že lékař L2 obecně je kvalifikován k výkonům příslušné klinické sonografie, i když je toto opakovaně námi dokládáno jako platné pouze v několika málo kmenových oborech a že ve většině případů je plná kvalifikace spojena až s ukončením specializačního vzdělávání či dokonce absolvováním ještě další nástavbové mimoatestační sonografické výuky. Naše argumenty nejsou naslouchány a jako relevantní je brána irelevantní a nepravdivá argumentace zástupce ČRS.
- Argumenty o diskriminaci a protiprávnímu stavu věci nebyly vyslyšeny, naopak fakta vedoucí k těmto argumentům byla jednáním potvrzeny. Snaha napravit tento stav je nepodloženě odmítnuta.
- V této chvíli nevidíme další prostor pro férovou věcnou a odbornou diskuzi a je na čase předat celou záležitost k právnímu řešení.
- ČRS JEP bude podána stížnost na nepřípravenou a irelevantní argumentaci jejich zástupce na jednání PS SZV.
- ČSUM doporučí všem zainteresovaným odbornostem t.č. vymáhat za svá specializovaná sonografická vyšetření doplatek od pacienta pomocí rozdílového kódu, který zohlední jeho erudici v porovnání s erudicí L2 v jeho oboru.

Za ČSUM  
MUDr. Milan Kocián  
10.03.2021